

RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO CONTEXTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

RELIGIOSITY AND SPIRITUALITY FROM THE PERSPECTIVE OF HEALTH PROFESSIONALS IN THE CONTEXT OF
CHRONIC DISEASES: AN INTEGRATIVE REVIEW

DOI: <https://doi.org/10.16891/2317-434X.v11.e3.a2023.pp3260-3270> Recebido em: 06.04.2023 | Aceito em: 03.07.2023

Alexandra Sombrio Cardoso^a, Carmem Leontina Ojeda Ocampo Moré, Girlane Mayara Péres^a

Universidade Federal de Santa Catarina^a
***E-mail: alexandra.sombrio@gmail.com**

RESUMO

A religiosidade e a espiritualidade exercem significativa influência no tratamento das doenças crônicas. Na busca do protagonismo das equipes da saúde frente ao tema, foi realizada uma revisão integrativa, visando caracterizar a perspectiva dos profissionais sobre religiosidade e espiritualidade nos processos de tratamento das doenças crônicas no contexto terciário. Foram pesquisadas quatro bases de dados e, após a aplicabilidade dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados treze artigos. O software Atlas ti 22.0.1. foi utilizado para a organização e a análise de conteúdos dos dados coletados. Configuraram-se três categorias principais de análise: 1) Formação, Abordagem Profissional e Experiência, 2) Necessidades R/E e Existenciais, e 3) Doença crônica e Morte no contexto hospitalar. Constatou-se o reconhecimento da importância da religiosidade/ espiritualidade (R/E) na prática dos profissionais e na vida pessoal, por se sentirem mais preparados para lidarem com a morte do que com o cuidado espiritual. Observou-se também a marginalização das necessidades espirituais no cuidado integral do paciente e a formação profissional inadequada ou inexistente, as quais dificultam viabilizar ações relacionadas ao cuidado espiritual do paciente e família. Assim, advoga-se por maior integração da dimensão espiritual no contexto das ações de saúde.

Palavras-chave: Religião; Doença; Práticas em saúde.

ABSTRACT

Religiosity and spirituality have a significant influence on the treatment of chronic diseases. In the quest for the health teams to play a leading role on the subject, an integrative review was carried out, aiming to characterize the professionals' perspective on religiosity and spirituality in the processes of treating chronic diseases in the tertiary context. Four databases were searched and, after applying the inclusion and exclusion criteria, thirteen articles were selected. Atlas ti software 22.0.1. was used for the organization and content analysis of the collected data. Three main categories of analysis were configured: 1) Training, Professional Approach and Experience, 2) R/S and Existential Needs, and 3) Chronic Illness and Death in the hospital context. There was recognition of the importance of religiosity/spirituality (R/S) in the professionals' practice and in their personal lives, as they felt more prepared to deal with death than with spiritual care. It was also observed the marginalization of spiritual needs in comprehensive patient care and inadequate or non-existent professional training, which make it difficult to implement actions related to the spiritual care of patients and families. Thus, greater integration of the spiritual dimension in the context of health actions is advocated.

Keywords: Religion; Illness; Health practices.

INTRODUÇÃO

O conceito de saúde no contexto da contemporaneidade se sustenta na proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 1999), quando em 1999, a OMS passou a compreendê-lo numa perspectiva multidimensional e complexa e, ao incluir as dimensões física, psíquica, social e espiritual como elementos constitutivos de tal conceito, as quais se afetam mutuamente. Indo ao encontro dessa conceituação, estudos no campo da Psicologia da Saúde evidenciam a significativa influência da religiosidade e da espiritualidade no tratamento das doenças crônicas (FARIA & SEIDL, 2005).

No reconhecimento da espiritualidade como elemento constitutivo da saúde, cabe apontar a necessária definição e compreensão dos termos: espiritualidade e religião. Indo ao encontro disso, Chandramohan e Bhagwan (2016, p. 2) definem a espiritualidade como algo que diz respeito “às nossas crenças sobre nosso lugar neste mundo e busca significado e propósito em nossas vidas”. Por sua vez, a religião está correlacionada às instituições religiosas/igrejas, existindo várias comunidades de fé (BEST *et al.*, 2016). Assim, pode-se afirmar que a espiritualidade é uma conexão pessoal com o transcendente, enquanto a religião é a incorporação de valores doutrinários que regem uma comunidade (KOENIG *et al.*, 2017).

O cuidado espiritual torna-se evidente, principalmente, no contexto das doenças crônicas as quais, segundo Rolland (2016), se caracterizam por condições incapacitantes, progressivas e duradouras e apresentam prognóstico incerto e restritas possibilidades terapêuticas, o que geralmente limita a vida do paciente. É no percurso da doença e nas suas incertezas na evolução e/ou no desfecho final, que emergem as necessidades existenciais e/ou espirituais. Isso implica, no cotidiano da prática do profissional da saúde, o desafio que vai além do gerenciamento da doença. No cuidado espiritual, o profissional da saúde necessitaria priorizar o cuidado da pessoa em si, a parte da perspectiva integral da saúde. Para que isso aconteça, é necessário acolhimento e aceitação, sem preconceitos e/ou julgamentos, ao possibilitar um espaço privado e privilegiado de comunicação, no qual o paciente e a família participem das decisões em cuidados em saúde (CHANDRAMOHAN & BHAGWAN, 2016; MENEZES *et al.*, 2015).

Pargament (2011) e Best *et al.* (2016) evidenciam

que nos cuidados espirituais os profissionais da saúde respeitem as crenças, ao demonstrar empatia e facilitar possíveis demonstrações R/E do paciente e da sua família. Neste sentido, seria adequado no exercício profissional, estar atento às necessidades R/E para realização de atendimento biopsicossocial e espiritual de forma integrada, conforme preconiza a OMS e a Psicologia da Saúde (THIENGO *et al.*, 2019).

Ao reconhecer a necessidade dos cuidados espirituais aos pacientes e seus familiares, assim como as possíveis dificuldades dos profissionais da saúde, desenvolveu-se esta revisão integrativa cujo objetivo foi o de caracterizar a perspectiva dos profissionais da saúde sobre R/E nos processos de tratamento das doenças crônicas e no contexto terciário. Este estudo mostra-se relevante por visibilizar a R/E como elemento constitutivo do ser humano, o qual exerce influência significativa sobre os processos de saúde/doença. De igual modo, com essa revisão, pretende-se refletir e instigar subsídios para sustentar práticas de acolhimento, escuta e intervenção na perspectiva das ações integradas em saúde junto aos pacientes e familiares.

MÉTODO

Nesta pesquisa foi desenvolvida uma revisão integrativa que consiste na construção de uma análise de pesquisas que possibilitam a síntese de conhecimentos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). O estudo começou com a verificação na plataforma de terminologia do BVS-PSI (Biblioteca virtual em Saúde - Psicologia Brasil), a partir da qual foram definidos os descritores que melhor se aproximavam do objetivo proposto. Assim, os descritores utilizados foram: (*spiritual* OR religi**) AND (*“chronic disease*”*) AND (*hospital OR infirmary*) AND (*“health professional” OR doctor OR nurse OR psychologist*). Entre os termos foram utilizados operadores booleanos AND e OR, além de símbolos de truncamento e strings.

Cabe mencionar que, no presente estudo, utilizou-se os termos “religiosidade” e “espiritualidade” em contração (R/E), mesmo com a clara compreensão da distinção dos conceitos. Isso foi adotado visto que não houve a distinção dos termos nos artigos selecionados para a revisão, assim como não se tem a informação se os participantes destes estudos tinham o conhecimento das diferentes conceituações.

A procura e o refinamento dos descritores foram

realizados pela pesquisadora proponente e pesquisadores experientes em revisão integrativa, que auxiliaram os consensos sobre os descritores e as bases de dados utilizadas. Os *sites* de busca foram escolhidos porque continham maior abrangência de publicações nas áreas da pesquisa, sendo elas: saúde e “Psicologia”. As bases escolhidas foram: 1) *SciVerse Scopus*, 2) *Web of Science*, 3) *Pubmed* e, 4) *Psycinfo*.

Em relação aos critérios de elegibilidade, foram incluídos artigos publicados nos últimos 05 anos (de 2018 até dezembro de 2022) e nos idiomas: português, inglês e espanhol. Os critérios de inclusão foram: 1) artigos, aos quais os participantes são os profissionais da saúde, e 2) estudos desenvolvidos em contexto hospitalar. Já os critérios de exclusão foram: 1) artigos repetidos, 2) pesquisas não indexadas, 3) estudos que não respondam ao escopo da pesquisa, 4) resultados de validação de escalas

e inventários sobre R/E, 5) artigos de revisões de literatura, e 6) estudos que os profissionais da saúde sejam os participantes na condição de paciente. As buscas aconteceram nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2022. O processo de organização dos dados coletados foi realizado por meio do *software Atlas.ti 22* versão *desktop* (BARDIN, 2011).

RESULTADOS

Por meio da estratégia de busca eletrônica e aplicabilidade dos critérios de inclusão, foram encontrados 1782 estudos. Após avaliação dos títulos e resumos, 33 foram identificados para análise completa de texto. Desses, 13 artigos foram selecionados para a construção da revisão integrativa (Figura 1).

Figura 01. Fluxograma síntese da estratégia de busca por estudos

Identificação	Total de estudos identificados em: <i>Scopus</i> (n= 3953) <i>Psycinfo</i> (n= 10) <i>Pubmed</i> (n= 222) <i>Scopus</i> (n= 37)	4222 Estudos Identificados
Aplicação de Critérios	Total de estudos identificados em: <i>Scopus</i> (n= 1695) <i>Psycinfo</i> (n= 02) <i>Pubmed</i> (n= 69) <i>Scopus</i> (n= 16)	1782 Artigos selecionados 2440 Estudos excluídos
Triagem	Total de triados para avaliação dos títulos e resumo (n= 1782)	1749 Estudos excluídos
Elegibilidade	Artigos de textos completos avaliados para elegibilidade (n= 33)	20 Estudos excluídos
Incluído	Artigos incluídos para revisão integrativa (n= 13)	

Quadro 01. Síntese dos principais aspectos abordados nos artigos

Autor e ano	Objetivo	Metodologia	Participantes
Borges et al., 2022 Brasil	Conhecer as concepções e as percepções dos profissionais da saúde no Brasil sobre religião e espiritualidade.	Estudo qualitativo com perspectiva fenomenológica.	26 Profissionais da saúde (Médicos, Enfermeiros, Psicólogos e Assistentes Sociais)
Aghaei et al., 2021 Irã	Explorar a percepção dos prestadores de cuidados sobre a oferta de cuidados centrados em pacientes com câncer.	Estudo qualitativo.	14 Profissionais: 8 Enfermeiros, 2 Médicos, 2 Psicólogos, e

			2 Assistentes Sociais
El Jawiche et al., 2020 Líbano	Avaliar as percepções e as práticas de intensivistas no Líbano junto com a opinião de líderes médicos, jurídicos e religiosos sobre a suspensão de tratamentos de manutenção da vida em UTI's.	Estudo quantitativo.	83 Médicos intensivistas
Jönsson et al., 2020 Israel	Descrever as percepções dos profissionais da saúde sobre o papel da cultura no autocuidado e como essas moldam suas experiências e suas práticas.	Estudo qualitativo.	12 Profissionais da Saúde (Médicos, Enfermeiros e Fisioterapeutas).
Vatandost et al., 2020 Irã	Compreender os desafios dos enfermeiros do sexo masculino no atendimento de pacientes do sexo feminino no Irã.	Estudo qualitativo descritivo.	20 Enfermeiros.
dos Anjos et al., 2020 Gana	Descrever o conhecimento dos médicos de um ambulatório de oncologia de um hospital-escola sobre os cuidados paliativos, e definir o papel da religião no atendimento médico de pacientes.	Estudo qualitativo, transversal, descritivo e observacional.	31 Médicos
Gafaar et al., 2020 Tanzânia	Avaliar as percepções de pacientes, familiares e profissionais da saúde sobre a qualidade da morte e como preparar antecipadamente para o fim da vida em Moshi, Tanzânia.	O método qualitativo Ground Theory.	29 Profissionais: 14 Médicos e 15 Enfermeiros.
	e explorar como os profissionais da saúde interagem com os pais.		
Arrieira et al., 2018 Brasil	Compreender a vivência da espiritualidade no cotidiano de uma equipe interdisciplinar de cuidados paliativos.	Estudo qualitativo fenomenológico	06 Profissionais de Saúde
Toker & Çınar, 2018 Turquia	Determinar as percepções dos profissionais da saúde sobre espiritualidade e cuidado espiritual.	Estudo quantitativo	197 Profissionais de Saúde.

Considerando a tabela acima, observou-se o predomínio dos estudos qualitativos, com a utilização de entrevistas individuais e em grupos focais. No que fiz respeito aos participantes dos estudos, identificou-se o predomínio de médicos, sendo que foi a única categoria profissional participante de todos os estudos; seguidos dos enfermeiros, sendo que estes, em dois grupos de participantes, foram as vozes que tiveram maior

representatividade nos artigos selecionados, em detrimento dos demais componentes da equipe de saúde. Ainda destaca-se que quatro artigos também apresentaram narrativas para além dos profissionais da saúde. Desta feita, os estudos de El Jawiche *et al.* (2020), Gafaar *et al.* (2020), Mogre *et al.* (2019) e Superdock *et al.* (2018) foram utilizados, pois tinham definidos e clarificados os resultados de cada grupo em específico, viabilizando a

utilização desses achados. As outras narrativas acrescentadas aos profissionais foram sobre usuários, familiares e religiosos.

A seguir, serão apresentadas as três categorias com suas respectivas subcategorias. A primeira delas foi denominada de Formação, Abordagem Profissional e Experiência, a segunda, de Necessidades R/E e Existenciais, e a terceira, de Doença crônica e Morte no contexto hospitalar.

No tocante à primeira, intitulada de **Formação, Abordagem Profissional e Experiência**, congrega a abordagem profissional, as experiências e os recursos de formação.

Esta categoria é constituída por duas subcategorias apresentadas em continuação.

Formação sobre R/E é inexistente ou inadequada:

No que diz respeito à formação para a abordagem espiritual, estudo de Arrieira et al. (2018) aponta como inexistente ou inadequada, e isso, faz com que a R/E seja negada por falta de habilidade dos profissionais. A falta de formação não impede que os profissionais da saúde reconheçam a importância da R/E, porém eles se sentem desqualificados para oferecer orientação neste domínio (SUPERDOCK et al., 2018). O estudo de Toker & Çınar (2018) traz informações pertinentes sobre tal formação; segundo esse, 45,7% dos profissionais receberam educação sobre espiritualidade, sendo que 64,4% desses a consideraram inadequada. Além disso, 41,1% buscaram formação por conta própria e/ou na sua instituição religiosa.

Os dados descritos apresentam um despreparo para necessidades existenciais e R/E. Segundo Andersen et al. (2020), a maioria das formações são decorrentes de modelo biomédico tradicional. Esta abordagem foca na prestação do cuidado ao invés do relacionamento de confiança, e se sustenta num estilo de tratamento em que o médico busca soluções objetivas e medidas corretivas aos problemas do paciente, o que não é condizente com necessidades existenciais e R/E.

O estudo citado ainda descreve que a abordagem biomédica tradicional acentua a cisão entre ciência e religiosidade, como evidenciado pelos participantes médicos que acreditam que, ao escutar as necessidades R/E dos pacientes e seus familiares, estarão deixando de fazer ciência (ANDERSEN et al., 2020). A falta de informação é, justamente, uma das consequências da inexistência ou da inadequação das formações. Os estudos acadêmicos, bem como os treinamentos, deveriam contemplar as necessidades que são dos profissionais, mas

também dos pacientes e dos familiares. Até porque a formação é decisiva em como o profissional abordará a R/E (ANDERSEN et al., 2020). Os poucos médicos que se mostram abertos e capazes de lidar com necessidades existenciais e R/E, fazem por interesse pessoal e treinamento adicional (ANDERSEN et al., 2020).

Reconhecimento da importância da R/E na vida do paciente, dos familiares e na sua vida pessoal:

Esta subcategoria evidencia que o reconhecimento da R/E como crença, significado e propósito torna-se adequado e necessário aos profissionais, haja vista que a valoração da dimensão do cuidado espiritual pode ser contributiva a promoção da qualidade de vida dos pacientes e familiares (ARRIEIRA et al., 2018). Em complementaridade, Jönsson et al. (2020) descreve que a religião e a cultura permeiam as facetas do autocuidado, e essas interferem diretamente em como o paciente realizará o tratamento.

Estas informações estão em conformidade com El Jawiche et al. (2020). Segundo estas autorias, as crenças R/E são elementos significativos no processo de saúde/doença; particularmente, relevantes em contextos, nos quais a religiosidade seja fortemente intrínseca ou presente em devotos fervorosos. Ainda cabe destacar que a significância das crenças, intensificada pela cultura, pode ser positiva ou negativa, por exemplo, na compreensão da diabetes associada às questões espirituais, em estudo realizado por Mogre et al. (2019) ou nas influências da R/E na retenção ou na retirada dos suportes de sustentação a vida, como demonstra a pesquisa realizada por El Jawiche et al. (2020).

A aglutinação entre cultura e religião, também é ressaltada em Jönsson et al., (2020), ao descrever que diferentes origens entre pacientes e profissionais podem ocasionar desvantagens e barreiras linguísticas. A pesquisa evidencia a dificuldade de alguns pacientes, a depender da sua comunidade de fé, em aceitar tratamento de profissionais da saúde que são mulheres. Isso corrobora com o apontado por Vatandost et al. (2020), ao identificar que muitas mulheres, no Irã, não se sentem à vontade quando são tratadas por enfermeiros homens. A pesquisa igualmente revela que os profissionais não se sentem à vontade com esta situação, e que muitos têm medo que sua conduta profissional seja mal interpretada pelas pacientes, pelos familiares e pelos colegas. Por sua vez, há consenso nos dados analisados em torno da importância da

influência significativa das crenças nos pacientes e familiares. Os profissionais reconhecem isso, inclusive como atravessadores da sua prática profissional (TOKER & ÇINAR, 2018).

Além disso, a R/E do profissional exerce influência no tratamento e nos cuidados oferecidos, quando o profissional tem alguma crença religiosa torna-se mais sensíveis às necessidades do paciente. Ou seja, a crença do profissional é determinante em como esse cuidará do paciente e familiares (ARRIEIRA *et al.*, 2018). Em complementaridade, Anjos *et al.* (2020) descreve que médicos que declaram ausência de religião se mostram mais propensos a tratamentos invasivos em comparação aos médicos devotos de alguma religião. Outro elemento que apresenta significância no reconhecimento da R/E, é a idade, profissionais mais velhos e experientes se mostram mais conscientes sobre as necessidades dos cuidados espirituais (TOKER & ÇINAR, 2018). A influência da R/E sobre o profissional é evidenciada, em Superdock *et al.* (2018), ao descrever que participantes que presenciaram experiências de milagre ficaram relutantes acerca da “previsão do futuro” e são cautelosos ao comunicar o prognóstico.

A segunda categoria, **Necessidades R/E e Existenciais**, é composta por duas subcategorias que serão apresentadas em continuação.

O desafio profissional/pessoal frente à necessidade R/E e existencial do paciente e familiares:

Os desafios diante da integração das necessidades R/E e existenciais aos cuidados em saúde, segundo Arrieira *et al.* (2018), expressam as dificuldades na realização do cuidado espiritual. Isso acontece, geralmente, não pela falta de reconhecimento da importância da R/E, mas pela ausência ou lacuna de conhecimento em como viabilizar esse. O desafio da integração foi evidenciado em Andersen *et al.* (2020), sendo que esta dificuldade não se diferencia conforme a especialidade médica. Além disso, Arrieira *et al.* (2018) descreve que as dificuldades e os desafios são acentuadas pelos possíveis desconfortos dos profissionais em abordar o tema.

Os empecilhos na prestação dos cuidados espirituais está atrelada a algumas faltas: a falta de tempo, de colaboradores, de conhecimento e de oportunidade (TOKER & ÇINAR, 2018). Tais dificuldades são reconhecidas pelos profissionais: 52,8% admitiram que não conseguiram atender às necessidades, e 31,4% afirmaram que ofereceram apoio psicológico na tentativa de oferecer cuidado espiritual. Ou seja, existem

atravessamentos na prática dos profissionais em oferecer este tipo de cuidado, sendo que, muitas vezes, esse é ofertado de forma não assertiva (TOKER & ÇINAR, 2018).

Os empecilhos no acolhimento das necessidades R/E e existenciais dos pacientes e famílias são influenciadas pelas experiências e pelos interesses pessoais dos médicos (ANDERSEN *et al.*, 2020). Esses, são atravessados pela disponibilidade do profissional em querer conhecer a R/E e os seus reflexos nos indivíduos, assim como buscar identificar as estratégias de enfrentamento utilizados pelos pacientes e familiares (TOKER & ÇINAR, 2018). Estas dificuldades, segundo os autores mencionados, é devido à falta de informação e manejo em cuidado espiritual.

A importância da valorização da R/E pelos profissionais pode ser uma forma, não apenas de respeitar as singularidades do paciente, mas de ajudá-lo a se sentir valorizado e respeitado (AGHAEI; VANAKI; MOHAMMADI, 2021). Segundo Aghaei *et al.* (2021), quando o paciente reconhece que sua R/E está sendo ouvida atentamente pelo profissional, isso já é suficiente para induzir um sentimento de dignidade. Além disso, o reconhecimento da importância da R/E, assim como, do ouvir com atenção as crenças do paciente e dos seus familiares, pode ser uma maneira de contemplar as distintas religiões e crenças (AGHAEI; VANAKI; MOHAMMADI, 2021). Outra possibilidade, diante do desafio profissional em face das necessidades, é o envolvimento do capelão. Os profissionais descrevem atributos positivos para os cuidados pastorais quando a família é religiosa ou quando o paciente está em estado crítico (SUPERDOCK *et al.*, 2018). Ainda torna-se adequado evidenciar o estudo de Andersen *et al.* (2020) que traz uma distinção entre necessidades existenciais e R/E, ao referir-se que os médicos estão mais disponíveis a enfrentar o desafio existencial, inclusive questões relacionadas à morte, do que a atender as necessidades R/E.

No que diz respeito à segunda subcategoria, *Marginalização das necessidades R/E acontecem por serem consideradas pessoais*; os médicos, que foram os participantes do estudo de Andersen *et al.* (2020), descrevem que são receosos em lidar com as necessidades R/E e abordá-las diretamente por considerá-las como questões particulares. Eles usam palavras como: “embaraçosas”, “pessoais” e “sagradas”. Ademais, os médicos acreditam que os pacientes e os familiares achariam estranho se fossem perguntados sobre estas necessidades. Essa compreensão faz com que os médicos não abordem as questões ativamente, mas respeitem se os

pacientes tiverem as necessidades atendidas em outro lugar. Esta realidade pode ser intensificada quando o médico é especialista, pois ele passa a ser dominante, evidenciando uma assimetria implícita, no qual ele tenta cumprir uma missão: convencer o paciente a aceitar o tratamento (ANDERSEN *et al.*, 2020).

Os médicos reconhecem que as necessidades R/E e existenciais exercem influência significativa sobre os processos de saúde/doença, inclusive como atravessadores em sua prática. Entretanto, na perspectiva deles, os pacientes não expressam desejo de abordar a R/E, salvo em casos bem específicos (ANDERSEN *et al.*, 2020). O antagonismo da situação seria amenizado se houvesse mais diálogo, seja entre a equipe, seja com os pacientes e familiares. Todavia, a abertura para o diálogo sobre a R/E, muitas vezes, é compreendida como demanda ou fardo extra, sendo um acréscimo ao encontro que já é pressionado pelo o tempo (ANDERSEN *et al.*, 2020). A importância do diálogo pode ser mais urgente diante das incapacitações das doenças crônicas ou perante a possibilidade de morte.

A terceira categoria: Doença crônica e Morte no contexto Hospitalar, apresenta o cuidado espiritual como recurso importante nos processos de saúde/doença e discute sobre a experiência de morte e a presença do líder religioso. Esta categoria é composta por duas categorias em continuação. *Cuidado espiritual como um recurso para aliviar o sofrimento da doença crônica*: Os profissionais participantes de estudo de Buck *et al.* (2020) reconhecem e elucidam a necessidade e a importância do cuidado espiritual, associando-o a benevolência e como sinônimo de cuidado paliativista. Entretanto, eles não definiram a quem deve ser ofertado, por que deve ser oferecido ou como deve ser realizado. Esta mesma dificuldade de definição e confusão também foi evidenciada em Borges *et al.* (2022): os participantes descrevem que têm atitudes neutras, reforçadoras, reflexivas, conciliatórias, persuasivas e repressivas em relação à oferta de cuidados espirituais nas doenças crônicas. Na tentativa de amenizar estas dificuldades, Arriera *et al.* (2018) sugere a construção de uma anamnese espiritual, na qual os profissionais possam, por meio de uma coleta de informações, conhecer as crenças e, assim, proporcionar um ambiente que respeite e possibilite a R/E.

No que diz respeito a segunda subcategoria: A experiência de morte e a importância do líder religioso: A R/E pode promover barganha e aceitação diante dos agravos em saúde e da terminalidade, seja para os profissionais, seja para os pacientes e familiares (ARRIEIRA *et al.*, 2018). Os trabalhadores em saúde

observam que ter um bom relacionamento com Deus é importante para o enfrentamento da doença, além de ser um elemento significativo para a aceitação da terminalidade (GAFAAR *et al.*, 2020). Estes autores ainda elucidam o termo “boa morte”, e enfatizam a relevância dos líderes religiosos e da igreja, visto que eles podem contribuir ao oferecer oração, visitas e conselhos, na tentativa de amenizar os medos e os sofrimentos decorrentes do tratamento e/ou na preparação para a “boa morte”. Eles destacam que a crença na vida após a morte pode ser considerada um indicativo positivo no alívio dos medos e das preocupações decorrentes do processo saúde/doença, sendo associada a uma “boa morte” (GAFAAR *et al.*, 2020).

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados apresentados neste artigo, que incluem pesquisas realizadas em 2017 a 2022, a formação acadêmica para a R/E, assim como os treinamentos adicionais nos contextos terciários, são inexistentes ou inadequados. Isso está em consonância com a revisão integrativa, desenvolvida por Thiengo *et al.* (2019), que pesquisou publicações entre 2011 e 2016, buscando caracterizar as relações entre saúde e R/E. Neste estudo, os autores descreveram que os profissionais eram hesitantes e tinham pouca confiança para abordar a R/E, devido à falta de inclusão desta temática durante o processo de formação acadêmica. Acredita-se que a não revisão das grades curriculares na área da saúde, de certa forma, não contempla a reformulação do conceito de saúde pela OMS, que em 1999, já havia incluindo a dimensão da espiritualidade (WHO, 1999).

Ainda de acordo com os resultados, a falta ou a inadequação da formação acentua a cisão entre ciência e religiosidade, o que gera compreensões equivocadas e preconceituosas sobre a R/E, e invisibilizar a importância desses nos processos de saúde/doença. Isso também coaduna-se com Thiengo *et al.* (2019) e Pargament (2011), ao apontarem que a falta de treinamento e de habilidade para identificar as demandas do paciente e dos familiares impelem a negação e a rejeição da dimensão espiritual, em detrimento de um atendimento integral que melhor responda às necessidades do paciente e da família.

Apesar da lacuna na formação acadêmica, os profissionais da saúde, ancorados principalmente em crenças pessoais, reconhecem a influência da R/E, seja ela positiva ou negativa, nos processos de saúde/doença, no autocuidado e na adesão ou não ao tratamento. Esses resultados vão ao encontro da revisão de Faria e Seidl (2005), ao descreverem que a R/E constitui ajuda ou

obstáculo no alcance de melhores resultados adaptativos nos processos de enfrentamento. Por isso, os autores sugerem que os profissionais façam uma investigação cuidadosa junto aos pacientes e familiares, a fim de reconhecer as influências da R/E, visando facilitar os processos de enfrentamento (FARIA & SEIDL, 2005; MENEZES *et al.*, 2015).

Contudo, os resultados evidenciam que os profissionais da saúde têm muitas dificuldades em realizar quaisquer ações em cuidados espirituais, pois, a falta de conhecimento reforça o desafio profissional, sendo que esse pode ser intensificado por aspectos pessoais. Segundo Koenig *et al.* (2017), a falta de formação juntamente com o desconforto do profissional são responsáveis pelas principais dificuldades dos trabalhadores na escuta, no reconhecimento e no atendimento das necessidades espirituais dos pacientes e familiares. Embora os profissionais da saúde reconheçam a importância diante do desafio e da dificuldade, eles ignoram, de certa forma, as repercussões da R/E nos processos de saúde/doença (KOENIG *et al.*, 2017).

Por sua vez, cabe sinalizar os resultados apresentados por Best *et al.* (2016) ao descreverem que pacientes entendem como adequado e apropriado que os médicos abordem a R/E em alguns casos; alegando, inclusive, que isso fortaleceria a relação e proporcionaria um atendimento personalizado, principalmente no trato das doenças crônicas. Isso vai ao encontro da necessidade de uma reconciliação com as condições fundamentais da vida, frente ao sofrimento presente nos processos das doenças crônicas, o que tende a gerar sentimento de injustiça e tristeza que são decorrentes da vida alterada. Sentimentos esses que seriam amenizados com o cuidado espiritual (ROLLAND, 2016).

Os resultados dos estudos também apontaram que os profissionais reconhecem a importância dos cuidados espirituais, entretanto, não sabem a quem deve ser ofertado ou como deve ser oferecido, evidenciando um antagonismo entre o reconhecimento e a viabilidade deste tipo de cuidado. Na tentativa de clarificar algumas ações em cuidado espiritual, é interessante mencionar o estudo de Chandramohan & Bhagwan (2016), os quais sugerem possíveis intervenções: 1) Estar com o paciente e seus familiares em suas vivências de dor, sofrimento e necessidade, e 2) Ouvir os pacientes e familiares permitindo que esses compartilhem suas emoções.

Outra ação possível – destacada nos resultados – é a abertura para a presença do líder religioso. O líder religioso seria capaz de amenizar e/ou de ressignificar a experiência de morte para o profissional, o paciente e a família. Em complementariedade, Pargament (2011)

aponta que os cuidadores informais que são visitados por líderes religiosos da mesma comunidade de fé, perto do final da vida dos entes queridos, ficam mais propensos a avaliar positivamente a experiência da morte.

Ainda cabe destacar que os resultados evidenciaram algumas ações em cuidados espiritual, porém de forma tímida e inexpressiva, ignorando ações relativamente simples como a descrição das necessidades espirituais do paciente nos prontuários médicos, assim como o encaminhamento ao capelão. O último foi sugerido só em um artigo desta revisão (SUPERDOCK *et al.*, 2018). Os resultados corroboram, em certa medida, com a pesquisa de Koenig *et al.* (2017), ao descreverem que 76,3% dos médicos relataram que as necessidades espirituais dos pacientes deveriam ser descritas nos prontuários médicos. Já 91,2% dos médicos relatam que os pacientes com necessidades R/E deveriam ser encaminhados ao capelão. Ou seja, parece existir uma lacuna entre o que se deveria fazer e o que, efetivamente, se faz quanto a temática é a R/E nos processos de saúde/doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pesquisas ressaltam a importância da R/E nos processos de saúde/doença, sendo essa reconhecida pelos profissionais da saúde como um atravessador significativo no tratamento das doenças crônicas. Os desafios na integração dos cuidados espirituais aos processos de tratamento em saúde evidenciam mais as dificuldades dos profissionais em desconstruir/ressignificar o modelo biomédico tradicional do que as necessidades específicas do paciente e dos familiares. As dificuldades são tão expressivas que os profissionais descrevem que estão mais preparados para lidar com a morte do que a R/E. Isso evidencia a falta de formação e de treinamento continuado em cuidado espiritual.

Os profissionais da saúde atribuem conotações positivas ao cuidado espiritual. Entretanto, o fato de associarem este cuidado à benevolência expressa a ideia de caridade. Esta compreensão distorce, em certa medida, o objetivo do cuidado espiritual, pois como a R/E é constituinte reconhecido no campo da saúde, não pode ser espécie de “favor” ou diferencial no cuidado. Considera-se que, visibilizar diálogos e ações em cuidados espirituais, visibilizaria a temática e amenizaria os desconfortos dos profissionais. Poderia, inclusive, ser um recurso acalentador para ressignificar o trabalho e os possíveis dilemas profissionais/pessoais, assim como, ser uma possível estratégia para trabalhar com doenças graves e a terminalidade, os quais são aspectos que permeiam o

contexto hospitalar.

Por fim, identificou-se o predomínio de determinadas vozes que compuseram esta revisão, por isso, advoga-se pela presença dos demais integrantes que constituem a equipe de saúde, entre eles: nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e capelães. Essa revisão integrativa ressalta a complexidade da temática, que não

se esgota no presente estudo, mas fomenta o surgimento de novas pesquisas para novos aprofundamentos e outras reflexões. Sugere-se a realização de investigações que contemplem ações em cuidado espiritual na busca de mais visibilização da temática no contexto do processo de saúde/doença.

REFERÊNCIAS

- AGHAEI, M. H.; VANAKI, Z.; MOHAMMADI, E. Inducing a sense of worthiness in patients: the basis of patient-centered palliative care for cancer patients in Iran. **BMC Palliative Care**, v. 20, n. 1, p. 1–10, 2021.
- ANDERSEN, A. H. et al. 'Maybe we are losing sight of the human dimension'—physicians' approaches to existential, spiritual, and religious needs among patients with chronic pain or multiple sclerosis. A qualitative interview-study. **Health Psychology and Behavioral Medicine**, v. 8, n. 1, p. 248–269, 2020.
- ARRIEIRA, I. C. DE O. et al. Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. 1–8, 2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 70. ed. São Paulo: [s.n.].
- BEST, M.; BUTOW, P.; OLVER, I. Doctors discussing religion and spirituality: A systematic literature review. **Palliative Medicine**, v. 30, n. 4, p. 327–337, 2016.
- BORGES, L. M.; MALAGRIS, L. E. N.; DE FREITAS, M. H. Chronic Illness, Religiosity, and Spirituality in Brazil: Health Professionals' Perceptions and Guidelines. **International Journal of Latin American Religions**, p. 148–170, 2022.
- BUCK, E. et al. Doença Crônica e Cuidados Paliativos Pediátricos: Saberes e Práticas de Enfermeiros à Luz do Cuidado Humano. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 12, p. 723–729, 2020.
- CHANDRAMOHAN, S.; BHAGWAN, R. Utilization of spirituality and spiritual care in nursing practice in public hospitals in Kwazulu-Natal, South Africa. **Religions**, v. 7, n. 3, 2016.
- DOS ANJOS, C. S. et al. Religion as a determining factor for invasive care among physicians in end-of-life patients. **Supportive Care in Cancer**, v. 28, n. 2, p. 525–529, 2020.
- EL JAWICHE, R. et al. Withholding and withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care units in Lebanon: A cross-sectional survey of intensivists and interviews of professional societies, legal and religious leaders. **BMC Medical Ethics**, v. 21, n. 1, p. 1–11, 2020.
- FARIA, J. B. DE; SEIDL, E. M. F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 3, p. 381–389, 2005.
- GAFAR, T. O. et al. Good death: An exploratory study on perceptions and attitudes of patients, relatives, and healthcare providers, in northern Tanzania. **PLoS ONE**, v. 15, n. 7 July, p. 1–15, 2020.
- JÖNSSON, A. et al. Perspectives of health care providers on the role of culture in the self-care of patients with chronic heart failure: A qualitative interview study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 14, p. 1–13, 2020.
- KOENIG, H. G.; PERNO, K.; HAMILTON, T. The spiritual history in outpatient practice: Attitudes and practices of health professionals in the Adventist Health System. **BMC Medical Education**, v. 17, n. 1, p. 1–12, 2017.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, 2008.
- MENEZES, I. R. A. et al. As Emoções E Os Sentimentos

Na Assistência De Enfermagem À Criança Com Câncer. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 2, n. 7, p. 89–99, 2015.

MOGRE, V. et al. Barriers to diabetic self-care: A qualitative study of patients' and healthcare providers' perspectives. **Journal of Clinical Nursing**, v. 28, n. 11–12, p. 2296–2308, 2019.

PARGAMENT, K. I. **Spiritually-integrated Psychotherapy: Understanding and Addressing the Sacred**. New York: The Guilford Press, 2011.

ROLLAND, J. Enfrentando os desafios familiares em doenças crônicas graves e incapacidade. In: WALSH, F. (Ed.). **Processos normativos da família**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 452–482.

SUPERDOCK, A. K. et al. Exploring the vagueness of Religion & Spirituality in complex pediatric decision-

making: A qualitative study. **BMC Palliative Care**, v. 17, n. 1, p. 1–14, 2018.

THIENGO, P. C. D. S. et al. Espiritualidade E Religiosidade No Cuidado Em Saúde: Revisão Integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019.

TOKER, K.; ÇINAR, F. Perceptions of spirituality and spiritual care of health professionals working in a state hospital. **Religions**, v. 9, n. 10, p. 1–9, 2018.

VATANDOST, S. et al. The challenges of male nurses in the care of female patients in Iran. **International Nursing Review**, v. 67, n. 2, p. 199–207, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Fifty-second World Health Assembly**. verbatim records of plenary meetings and list of participants. **Anais...**Genebra: 1999.